

• Pour être valable, le mandat pour cause d'incapacité doit être **entièrement rédigé à la main, daté et signé.**

• **En cas d'utilisation de ce formulaire préimprimé, ce dernier doit être authentifié par acte notarié.**  
Nous recommandons d'enregistrer un mandat pour cause d'incapacité et son lieu de conservation auprès du bureau d'état civil.

# Mandat pour cause d'incapacité

(selon l'art. 360 et suivants du CC)

Je soussigné(e), ....., né(e) le ....., à .....  
de nationalité ....., demeurant .....

déclare, par la présente, avec toute ma capacité de discernement, ce qui suit :

Au cas où je devrais être incapable de discernement, je désigne les personnes énumérées ci-dessous dans l'ordre d'importance comme mes mandataires pour cause d'incapacité :

## Mandataire pour cause d'incapacité 1 :

Prénom Nom : .....  
Rue N° : .....  
CP Localité : .....  
Tél. : .....  
Email : .....

## Mandataire pour cause d'incapacité 2 :

Prénom Nom : .....  
Rue N° : .....  
CP Localité : .....  
Tél. : .....  
E-mail : .....

## Mandataire pour cause d'incapacité 3 :

Prénom Nom : .....  
Rue N° : .....  
CP Localité : .....  
Tél. : .....  
E-mail : .....

Le/la mandataire doit présenter le mandat pour cause d'incapacité aux autorités de protection des adultes de ma localité. Les autorités doivent lui délivrer l'acte nécessaire pour me représenter au sens de l'art. 363 du Code Civil.

**Le présent mandat pour cause d'incapacité est global et concerne à tous les égards :**

- l'assistance personnelle
- la gestion du patrimoine
- ainsi que la représentation dans les rapports juridiques.

### **Assistance personnelle**

Le mandataire détermine et prend toutes les mesures nécessaires à ma santé et exerce tous les droits liés afin de garantir le traitement optimal et les meilleurs soins.

En matière de décisions concernant des prises en charge médicales ainsi que le maniement de ma dépouille mortelle, je me réfère expressément, d'une part aux directives anticipées du patient ..... et d'autre part, aux dispositions de l'association VE + P pour l'inhumation du corps ..... (Rayez la mention inutile)

Le mandataire pour cause d'incapacité s'assure que les deux dispositions lors de la décision de traitement médical et de maniement de la dépouille mortelle soient utilisées en ma faveur.

### **Gestion du patrimoine**

La gestion du patrimoine englobe, outre la protection de mes intérêts financiers, l'administration de la totalité de mon patrimoine, les dispositions s'y rapportant et l'adoption de toutes les mesures qui y sont liées, en particulier l'achat, la vente et l'hypothèque d'immeubles et la demande des inscriptions au cadastre.

### **Validité et révocation**

Les directives anticipées du patient rédigées séparément précèdent le présent acte.

Je peux, à tout moment, révoquer le mandat pour cause d'incapacité dans l'une des formes qui sont prescrites pour sa mise en place et sa suppression.

En l'absence de révocation, le présent mandat pour cause d'incapacité survit à mon décès et notamment jusqu'à sa révocation par mes héritiers.

### **Confidentialité**

Je libère toutes les personnes mentionnées ci-dessous de l'obligation de confidentialité concernant les personnes visées à la page 1 et chargées de l'exécution du mandat

### **Rémunération**

Le mandataire percevra ..... Fr./heure pour le temps consacré. Les frais doivent être remboursés, en cas de frais de déplacement, un forfait de ..... Fr./km s'applique. À cet effet, le mandataire présentera une facture.

### **Déclaration relative à l'incapacité pour cause d'incapacité**

Je formule la présente déclaration après une réflexion approfondie et en pleine responsabilité ainsi qu'en étant conscient(e) du fait que mes médecins, tuteurs ou représentants sont liés par la décision du mandataire pour cause d'incapacité en ce qui concerne les traitements médicaux.

Lieu/date : .....

Le mandant : .....